|  |  |
| --- | --- |
| 指定医療機関診療業務従事申出書  令和〇年〇月〇日  　愛知県知事　殿  決定番号　〇－〇－〇  住　　所  〇〇市〇〇市□□町１－１  氏　　名　　愛知　太郎  　愛知県地域医療確保修学資金貸与条例施行規則第８条第１項の規定により、下記のとおり指定医療機関での診療業務の従事を希望しますので、申し出ます。  記 | |
| 従事希望期間 | 令和〇年〇月〇日から令和△年△月△日まで |
| 従事希望診療科 | 〇〇科 |
| 勤務先についての希望等 | （具体的に記入すること） |

記入例

様式第７（第８条関係）

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。